

# بررسی مقایسه مشاوره حضوری و حمایت تلفنی بر خودکارآمدی زایمان در زنان نخست‌زا

فرنوش خجسته<sup>۱</sup>، زهرا اشتهاریان دخت<sup>۲\*</sup>، دکتر حسین انصاری<sup>۳</sup>

۱. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.
۳. استادیار گروه آمار، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۶/۰۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۹/۰۷

## خلاصه

**مقدمه:** ارتقاء آگاهی مادران و آموزش صحیح در دوران بارداری، از عوامل مهم در ایجاد آمادگی جهت رویارویی با فرآیند زایمان است. طبق تئوری یادگیری اجتماعی بندورا، خودکارآمدی به اطمینان فرد در مورد توانایی‌اش برای رفتار به طریقی که به نتیجه مطلوب بیانجامد، اشاره می‌کند. مطالعه حاضر با هدف مقایسه مشاوره حضوری و حمایت تلفنی بر خودکارآمدی زایمان در زنان نخست‌زا انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شده دو سوکور در سال ۱۳۹۶ بر روی ۱۶۳ زن نخست‌زا ۱۸-۳۵ ساله مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهر زاهدان انجام شد. افراد در سه گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. در فاصله هفته ۲۰-۳۲ بارداری، افراد گروه مشاوره حضوری، ۴ جلسه مشاوره ۶۰ دقیقه‌ای و گروه حمایت تلفنی، ۴ جلسه مشاوره تلفنی به مدت ۲۰ دقیقه دریافت نمودند. گروه کنترل، مراقبت‌های معمول دریافت نمودند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه مشخصات فردی و خودکارآمدی زایمان و فرم ثبت تمرینات بود. پیش‌آزمون در هفته ۲۰ و پس‌آزمون در هفته ۳۴-۳۶ بارداری و با در نظر گرفتن فاصله ۲ هفته از مداخله انجام شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماري SPSS (نسخه ۱۹) و آزمون‌های غیر پارامتری کروسکال والیس و ویلکاکسون انجام شد. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنادار در نظر گرفته شد.

**یافته‌ها:** قبل از مداخله، بین گروه‌ها از نظر نمره خودکارآمدی اختلاف معناداری مشاهده نشد ( $p > 0/05$ ). پس از مداخله میانگین نمره خودکارآمدی در گروه مشاوره حضوری ( $p < 0/0001$ ) بیشتر از حمایت تلفنی ( $p < 0/001$ ) افزایش یافت و در گروه کنترل افزایش معناداری نداشت ( $p = 0/57$ ). نتیجه‌گیری: مشاوره حضوری بیشتر از حمایت تلفنی در ارتقاء خودکارآمدی زایمان مؤثر است.

**کلمات کلیدی:** حمایت تلفنی، خودکارآمدی، زایمان، مشاوره حضوری

\* نویسنده مسئول مکاتبات: زهرا اشتهاریان دخت؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران. تلفن: ۰۵۴-۳۳۲۹۵۷۴۴  
پست الکترونیک: z\_eshteharian@yahoo.com

## مقدمه

مطالعات نشان می‌دهد بین خودکارآمدی در زایمان و انتخاب زایمان طبیعی ارتباط وجود دارد (۱). فقدان اعتماد به نفس در زایمان طبیعی و عدم سازگاری با آن، مهم‌ترین دلیل برای سزارین برنامه‌ریزی شده است (۲). در صورتی که مادر باردار باور کند نمی‌تواند موقعیت لیبر را تحت کنترل خود درآورد، معمولاً زایمان سزارین را بدون دلایل پزشکی انتخاب خواهد کرد (۳).

باندورا معتقد است که خودکارآمدی، بر همه جنبه‌های رفتار و فعالیت‌های هیجانی تأثیر می‌گذارد (۴). خودکارآمدی همچنین هم‌خوان با مفهوم خودباوری شناخته شده است و به اطمینان فرد در مورد توانایی‌اش برای رفتار به طریقی که به نتیجه مطلوب بیانجامد، اشاره می‌کند (۵). خودکارآمدی از دو جزء پیامد قابل انتظار<sup>۱</sup> و خودکارآمدی قابل انتظار<sup>۲</sup> تشکیل شده است که این دو، اثر قدرت‌مندی بر رفتار زایمانی فرد اعمال می‌کنند. پیامد قابل انتظار به باور فرد مبنی بر اینکه یک رفتار معین به نتیجه خاص می‌انجامد اشاره می‌نماید؛ در حالی که خودکارآمدی قابل انتظار به باور فرد در مورد توانایی خود در اجرای موفق یک رفتار و میزان کنترل او بر شرایط اشاره دارد (۶).

افزایش خودکارآمدی طبق تئوری خودکارآمدی بندورا برگرفته از ۴ منبع است. اولین منبع خودکارآمدی، دستاوردهای عملکرد می‌باشد؛ بدین معنا که تجربه موفق در انجام یک رفتار منجر به ارتقاء حس خودکارآمدی می‌شود. دومین منبع خودکارآمدی، تجربه جانشینی می‌باشد. سومین منبع ارتقاء خودکارآمدی، تشویق کلامی و چهارمین منبع افزایش خودکارآمدی، ارتقاء سلامت فیزیکی و روانی می‌باشد (۷).

آگاهی بخشیدن به مادر سبب افزایش آگاهی و آشنایی با ناشناخته‌های بارداری و زایمان شده که خودکارآمدی بالاتر برای زایمان را به دنبال دارد (۶، ۸، ۹). آموزش و راهنمایی مادران باردار می‌تواند موجب افزایش آگاهی زنان در زمینه زایمان و بالا رفتن آمادگی روحی و روانی آنها در مواجهه با درد زایمان شود (۳). ارتقاء آگاهی

مادران باردار و آموزش صحیح و مؤثر در دوران بارداری، یکی از عوامل مهم در ایجاد آمادگی مادر جهت رویارویی با فرآیند دردهای زایمانی و ایجاد انتظارات واقع‌بینانه از فرآیند زایمان می‌گردد و به دنبال آن باعث کاهش مداخلات پزشکی و عوارض نامطلوب مادری و جنینی می‌شود (۱، ۱۰). مشاوره، یکی از مناسب‌ترین مداخلات مامایی برای افزایش آگاهی زنان، زیرا مشاوره روش کمک رساندن به مددجو است تا بتواند آگاهانه و داوطلبانه و با در نظر گرفتن همه جوانب، خودش تصمیم بگیرد (۱۱).

مطالعه حمزه‌خانی و همکاران (۲۰۱۴) نشان داد که عمدتاً ۱۵-۱۰ دقیقه جهت آموزش به مادر باردار اختصاص داده می‌شود (۶). همچنین در مطالعه اسفندیاری زاده و همکاران (۲۰۱۲) که به بررسی میزان انطباق مراقبت‌های دوران بارداری با استاندارد کشوری پرداختند، نشان داده شد که آموزش‌های داده شده و مشاوره در خصوص زایمان و بارداری زیر حد استاندارد مطلوب است و در ۴۸٪ موارد به سؤالات مادران به صورت ناقص و خیلی جزئی پاسخ داده می‌شود. همچنین هیچ‌گونه مشاوره‌ای در خصوص سیر زایمان و زمان مناسب جهت مراجعه به بیمارستان به مادران داده نشده بود (۱۲).

از آنجایی که شرکت در کلاس‌های آمادگی زایمان که عمدتاً در زمانی غیر از مراقبت‌های معمول دوران بارداری برگزار می‌شوند، به دلیل مشغله‌های فراوان و مشکلات تردد برای تمامی مادران باردار امکان‌پذیر نمی‌باشد، زمان مراجعه به مراکز بهداشتی جهت مراقبت‌های معمول بارداری، فرصت مناسبی جهت مشاوره مامایی فراهم می‌آورد (۱۰). از طرف دیگر، محدودیت زمانی برای ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی، همواره یک مانع در برگزاری جلسات مشاوره بوده است. با پیشرفت تکنولوژی از جمله استفاده از پست الکترونیکی، اینترنت و تلفن، طیفی از نحوه ارائه خدمات آموزشی برای مادر در خانه فراهم شده است که در این میان، تلفن یکی از در دسترس‌ترین خدمات برای بیشتر افراد است (۱۳). حمایت تلفنی به حمایت از مدیریت بیماری یا اختلالی که توسط مراقبین بهداشتی برای یک بیمار در خانه

<sup>1</sup> expectancy out come

<sup>2</sup> expectancy self-efficacy

توسط تلفن فراهم می‌شود، اشاره می‌کند (۱۴). ارائه حمایت تلفنی مقرون به صرفه بوده و انعطاف‌پذیری مشاوره را افزایش می‌دهد. در این نوع از حمایت، درحالی‌که مراقبت فردی ارتقاء داده می‌شود، نیروی انسانی بیشتری مورد نیاز نیست (۱۵). بنابراین، امروزه مراقبت‌های پزشکی تلفنی جزء اصلی ارائه مراقبت‌ها در بسیاری از مراکز درمانی پیشرفته دنیا از جمله ایالات متحده به‌شمار می‌رود (۱۶). علی‌رغم نقش مهم این نوع سرویس در اطلاع‌رسانی و مراقبت، مطالعات اندکی در این زمینه در ایران وجود دارد و اکثر مطالعات مزبور فقط به بررسی رضایت بیماران پرداخته‌اند (۱۷). در این راستا و از آنجایی که پژوهش مداخله‌ای در زمینه تأثیر برنامه حمایت تلفنی بر خودکارآمدی از زایمان در ایران انجام نشده است، مطالعه حاضر با هدف بررسی مقایسه مشاوره حضوری و حمایت تلفنی بر خودکارآمدی زایمان در زنان نخست‌زا انجام شد.

## روش کار

این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شده دو سوکور از شهریور تا بهمن سال ۱۳۹۶ بر روی ۱۶۳ نفر از زنان نخست‌زای مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهرستان زاهدان انجام شد.

حجم نمونه در مطالعه حاضر در سه گروه بر اساس نتایج حاصل از مطالعه حسینی نسب و همکاران (۲۰۰۹) و فرمول مقایسه دو میانگین تعیین شد (۱۸). برای تعیین نمره کلی خودکارآمدی با در نظر گرفتن حجم نمونه‌ای که بتواند حداکثر اختلاف پنج واحدی بین گروه‌ها را تشخیص دهد، تعداد نمونه لازم ۴۳ نفر در هر گروه برآورده شد که با در نظر گرفتن ۴۰٪ ریزش حجم نمونه، ۶۰ نفر برای هر گروه در نظر گرفته شد.

نمونه‌گیری به صورت چندمرحله‌ای انجام شد. در ابتدا شهر زاهدان با توجه به شرایط اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی حاکم بر شهر به ۵ ناحیه شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز تقسیم شد و از هر بخش یک مرکز جامع سلامت به شکل تصادفی انتخاب شد. سهم هر مرکز ۳۶ نفر بود. سپس داخل هر مرکز نمونه‌گیری به روش در دسترس انجام شد؛ بدین‌صورت که از ابتدا نمونه‌گیری

روزهای هفته از شنبه تا پنجشنبه از ۶-۱ شماره‌گذاری شدند و سپس با استفاده از جدول اعداد تصادفی، به تصادف ۲ روز از هفته به گروه مشاوره حضوری، ۲ روز به گروه حمایت تلفنی و ۲ روز به گروه کنترل تخصیص داده شد. بدین‌ترتیب از هر مرکز ۱۲ نفر در گروه مشاوره حضوری، ۱۲ نفر در گروه حمایت تلفنی و ۱۲ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. اختصاص روزها به ۳ گروه تا پایان مطالعه ثابت باقی ماند و تمام زنان واجد شرایطی که تمایل به شرکت در مطالعه داشتند، وارد مطالعه شدند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: حداقل سن حاملگی ۲۰ هفته، داشتن حداقل سواد ابتدایی، نداشتن بیماری زمینه‌ای روحی روانی، عدم مصرف داروی ضد افسردگی یا اضطراب، عدم سابقه شرکت در کلاس‌های آمادگی برای زایمان، عدم وجود کنتراندیکاسیون شناخته شده زایمان طبیعی (جراحی روی رحم که میومتر باز شده باشد)، عدم استفاده از مواد مخدر، عدم ابتلاء به بیماری زمینه‌ای و داشتن گوشی تلفن همراه با سیستم عامل اندروید جهت دریافت فایل بسته آموزشی بود و در صورت ابتلاء به هرگونه عارضه در بارداری نظیر افزایش فشارخون در حین حاملگی، دکولمان، مرگ جنین، پارگی پیش از موعد کیسه آب، زایمان زودرس، عدم شرکت در بیش از یک جلسه از جلسات مشاوره حضوری و عدم پاسخگویی به تماس پژوهشگر جهت مشاوره تلفنی در بیش از یک نوبت و عدم تمایل به ادامه همکاری، افراد از مطالعه خارج می‌شدند.

در رابطه با ملاحظات اخلاقی، مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی زاهدان با شماره IR.ZAUMS.REC.1396.116 اخذ گردید. پس از بیان اهداف پژوهش به زنان باردار و اطمینان‌بخشی از آزادی عمل در ورود یا ترک مطالعه در هر زمان، از تمام افراد رضایت‌نامه کتبی و آگاهانه برای ورود به مطالعه توسط پژوهشگر اخذ گردید. همچنین جهت پیگیری گروه مشاوره حضوری و کنترل، شماره تلفن آنان از مادران گرفته شد.

در لیبر، پوزیشن‌های زمان زایمان و ماساژ بود. جلسه چهارم محتوای آموزشی در مورد مرور وقایع زایمان و مشاوره مامایی در مورد زایمان، آشنایی با مراحل مختلف شروع دردهای زایمانی، فاز نهفته و فعال زایمان، دردهای کاذب و حقیقی زایمان، زمان مناسب جهت مراجعه به بیمارستان جهت بستری و آشنایی با منشور حقوق بیمار در بیمارستان و زایشگاه بود.

در گروه حمایت تلفنی، ۴ جلسه مشاوره تلفنی در هفته‌های ۳۲-۲۰ بارداری انجام شد. زمان مشاوره تلفنی ۲۰ دقیقه بود که با موبایل و توسط پژوهشگر انجام می‌شد. زمان تماس تلفنی و مدت زمان آن در طول شبانه‌روز بر اساس نیاز مادران متغیر بود و در جلسه مشاوره تلفنی بعدی، تبعیت از مطالب آموزش داده شده جلسه قبل به‌وسیله فرم ثبت تمرینات منزل پیگیری می‌شد. همچنین جهت ارزیابی نیازهای پیش‌بینی نشده مادران، واحد پژوهش از ساعت ۸ صبح تا ۱۱ شب امکان برقراری تماس تلفنی با پژوهشگر را داشت.

به واحدهای پژوهش در گروه مشاوره حضوری ۴ بسته آموزشی شامل کتابچه و لوح فشرده آموزشی شامل فیلم و عکس با محتوای مطالب ارائه شده در پایان هر جلسه داده می‌شد تا در منزل و برحسب نیاز و به دفعات دلخواه آن را مطالعه کنند. در گروه حمایت تلفنی همان محتوای بسته آموزشی به‌صورت فایل به گوشی همراه آنها نیز ارسال می‌شد. در هفته ۳۶-۳۴ بارداری، پس‌آزمون پس از انجام مداخله و با در نظر گرفتن فاصله ۲ هفته از مداخله توسط خود فرد در حضور پژوهشگر تکمیل شد.

افراد گروه کنترل در این مدت از مراقبت‌های معمول دوران بارداری برخوردار شدند. در پایان هفته دوازدهم با افراد گروه کنترل تماس برقرار شد و از آنها جهت شرکت در پس‌آزمون دعوت به‌عمل آمد و پرسشنامه مربوطه تکمیل گردید. همچنین نمونه‌ها در هر سه گروه تا پایان بارداری مورد پیگیری قرار گرفتند و روش انجام زایمان نیز ثبت شد.

مطالعه انجام شده در ایران نشان داد که این پرسشنامه از همسانی درونی بالایی با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ برخوردار است (۵). پرسشنامه فوق دارای ۱۷ سؤال با

پرسشنامه مشخصات فردی (جدول ۱) و پرسشنامه استاندارد خودکارآمدی زایمان (CBSEI)<sup>۱</sup> (جدول ۲) در هفته ۲۰ بارداری برای تمام مادران شرکت‌کننده در پژوهش تکمیل شد. در گروه مشاوره حضوری، آموزش و مشاوره فردی و چهره به چهره در ۴ جلسه در فواصل هفته‌های ۳۲-۲۰ بارداری انجام شد. زمان مراجعه جهت انجام مشاوره حضوری از قبل به‌صورت تلفنی با مادران بر اساس تمایل و راحتی آنها ترجیحاً هم‌زمان با نوبت مراقبت ماهانگ می‌شد.

هر مشاوره حضوری به دو بخش تقسیم می‌شد که در بخش اول، محتوای جلسات مشاوره بر اساس چارچوب زیر تنظیم شد و بخش دوم در مشاوره حضوری به نیازهای خاص هر مادر و ارائه راه‌حل‌های پیشنهادی به وی و پرسش و پاسخ اختصاص می‌یافت و به مادران اجازه داده می‌شد تا درباره مشکلات خود و تصویری که در مورد زایمان طبیعی دارند، صحبت کنند. محتوای برنامه مشاوره طبق برنامه مراقبت‌های ادغام یافته مادران، برنامه زایمان فیزیولوژیک و روش آموزشی لاماز بود. زمان مشاوره حضوری ۶۰ دقیقه بود که از تصاویر و فیلم‌های آموزشی در رابطه با سیر زایمان جهت آموزش نیز استفاده می‌شد. فرم ثبت تمرینات در منزل نیز در ابتدای هر جلسه از مادران تحویل گرفته می‌شد و بدین‌وسیله انجام تمرینات در منزل مورد بررسی و تأکید قرار گرفت.

محتوای جلسه اول شامل: تغییرات بدن مادر در بارداری، ناراحتی‌های شایع دوران بارداری، علائم خطر در بارداری (با توجه به سن بارداری)، تمرینات ورزشی دوران بارداری، تمرینات تنفسی، تجسم خلاق و ریلکسیشن بود. محتوای آموزشی جلسه دوم که شامل مزایا و معایب زایمان طبیعی و سزارین، علائم خطر در بارداری (با توجه به سن بارداری)، تمرینات ورزشی و ورزش کگل بود، در اختیار واحدهای پژوهش قرار داده شد. در جلسه سوم محتوای آموزشی شامل آشنایی با روند زایمان، آشنایی با مراحل مختلف شروع دردهای زایمانی، فاز نهفته و فعال زایمان، روش‌های کاهش درد زایمان و تکنیک‌های مرسوم برای مبارزه با درد به‌صورت طبیعی

<sup>1</sup> Child birth self efficacy inventory

طیف لیکرت ۱۰ تایی (کاملاً نامطمئن=۱ تا کاملاً مطمئن=۱۰) برای هر سؤال است. دامنه امتیازها بین ۱۷۰-۱۷ می‌باشد (۵، ۱۹) که نمره بیشتر، نشان‌دهنده انتظار پیامد و خودکارآمدی بیشتر در زایمان است. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۹) و روش‌های آمار توصیفی (میانگین، فراوانی و انحراف معیار) و استنباطی غیر پارامتریک انجام شد. جهت بررسی نرمال یا غیرنرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگروف اسپیرونف استفاده شد که با توجه به غیرنرمال بودن داده‌ها، جهت مقایسه توزیع نمرات در گروه‌ها از آزمون‌های غیر پارامتری کروسکال والیس و برای مقایسه توزیع نمرات قبل و بعد از مداخله از آزمون

ویلکاکسون استفاده شد. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنادار در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

در این مطالعه میانگین سنی واحدهای پژوهش در سه گروه مشاوره حضوری، حمایت تلفنی و کنترل به ترتیب  $25 \pm 3/6$ ،  $24/2 \pm 3/4$  و  $24/46 \pm 3/4$  سال بود که بر اساس نتایج آزمون آنالیز واریانس، اختلاف معناداری از نظر سن بین سه گروه وجود نداشت ( $p=0/077$ ). بر اساس نتایج آزمون کای دو، بین سه گروه به جز سطح تحصیلات زن ( $p=0/029$ ) و همسر ( $p=0/005$ )، تفاوت آماری معناداری بین مشخصات فردی گروه‌ها مشاهده نشد (جدول ۱).

جدول ۱ - مقایسه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی واحدهای پژوهش در سه گروه

مشخصات	مشاوره حضوری (۵۷ نفر)	حمایت تلفنی (۵۲ نفر)	کنترل (۵۴ نفر)	سطح معنی‌داری*
سن (سال)	$25 \pm 3/6$	$24/2 \pm 3/4$	$24/46 \pm 3/4$	۰/۰۷۷
دبستان	۱ (۱/۸)	۵ (۹/۶)	۵ (۹/۳)	۰/۰۲۹
راهنمایی	۷ (۱۲/۳)	۱۲ (۲۳/۱)	۱۰ (۱۸/۵)	
دبیرستان	۹ (۱۵/۸)	۱۱ (۲۱/۲)	۱۸ (۳۳/۳)	
دیپلم	۱۸ (۳۱/۶)	۱۳ (۲۵)	۱۴ (۲۵/۹)	
دانشگاهی	۲۲ (۳۸/۸)	۱۱ (۲۱/۲)	۷ (۱۳)	۰/۰۰۵
ابتدایی	۳ (۵/۳)	۴ (۷/۷)	۵ (۹/۳)	
راهنمایی	۶ (۱۰/۵)	۱۵ (۲۸/۸)	۱۵ (۲۷/۸)	
دبیرستان	۸ (۱۴)	۹ (۱۷/۳)	۱۷ (۳۱/۵)	
دیپلم	۲۶ (۴۵/۶)	۱۱ (۲۱/۲)	۱۲ (۲۲/۲)	۰/۲۵
دانشگاهی	۱۴ (۲۴/۶)	۱۳ (۲۵)	۵ (۹/۳)	
بیکار	۶ (۱۰/۵)	۴ (۷/۷)	۱۰ (۱۸/۵)	
کارگر	۱۰ (۱۷/۵)	۱۱ (۲۱/۲)	۸ (۱۴/۸)	
کارمند	۱۷ (۲۹/۸)	۱۳ (۲۵)	۶ (۱۱/۱)	۰/۴۵
آزاد	۲۴ (۴۲/۱)	۲۴ (۴۶/۲)	۳۰ (۵۵/۶)	
شاغل	۱۵ (۲۶/۳)	۱۲ (۲۳/۱)	۹ (۱۶/۷)	
خانهدار	۴۲ (۷۳/۷)	۴۰ (۷۹/۹)	۴۵ (۸۳/۳)	۰/۲۴
فارس	۳۴ (۵۹/۶)	۲۲ (۴۲/۳)	۲۳ (۴۲/۶)	
بلوچ	۲۱ (۳۶/۸)	۲۵ (۴۸/۱)	۲۵ (۴۶/۳)	
غیره	۲ (۳/۵)	۵ (۹/۶)	۶ (۱۱/۱)	۰/۴۱
طبیعی	۴۵ (۷۸/۹)	۳۸ (۷۳/۱)	۳۷ (۶۸/۵)	
نوع زایمان	۱۲ (۲۱/۱)	۱۴ (۲۶/۹)	۱۷ (۳۱/۵)	سزارین

\* آزمون کای دو

پرسشنامه CBSEI به منظور اندازه‌گیری درک مادر در است. قابلیت سازگاری با درد لیبر در جدول ۲ نشان داده شده

جدول ۲- سؤالات پرسشنامه خودکارآمدی زایمان CBSEI

۱	می‌توانم بدنم را شل سازم.
۲	می‌توانم برای هر انقباض آمادگی پیدا کنم.
۳	می‌توانم در طی دردهای زایمانی نفس عمیق بکشم.
۴	سعی می‌کنم خودم را کنترل کنم.
۵	در مورد آرام‌سازی فکر می‌کنم.
۶	به منظور پرت کردن حواسم به شئی در اتاق متمرکز می‌شوم.
۷	خود را خونسرد نگه می‌دارم.
۸	فکر خودم را روی نوزاد متمرکز می‌نمایم.
۹	در هر انقباض تسلط خودم را حفظ می‌نمایم.
۱۰	مثبت فکر می‌کنم.
۱۱	به درد فکر نمی‌کنم.
۱۲	به خودم می‌گویم من قادرم آن (زایمان) را انجام دهم.
۱۳	به سایر افراد خانواده‌ام فکر می‌کنم.
۱۴	در زمان وقوع هر انقباض رحمی به گذراندن همان انقباض فکر می‌کنم، نه چیز دیگر.
۱۵	به تشویق فردی که به من در زمان زایمان کمک می‌کند گوش می‌دهم.
۱۶	اذکار مذهبی (یا اللهم ... ) را می‌گویم.
۱۷	در فاصله دردها قدم می‌زنم.

در حالی که بعد از مداخله نمره خودکارآمدی در گروه مشاوره حضوری  $29/55 \pm 97/2$ ، در گروه حمایت تلفنی  $23/52 \pm 77/6$  و در گروه کنترل  $15/53 \pm 61/29$  بود که به ترتیب در گروه مشاوره حضوری و حمایت تلفنی افزایش قابل توجهی داشته است و بین گروه‌های مشاوره حضوری و حمایت تلفنی و قبل و بعد از مداخله و در مقایسه با گروه کنترل، اختلاف آماری معناداری مشاهده شد ( $p=0/57$ ) (جدول ۳).

تخصیص تصادفی واحدهای مورد مطالعه بین گروه‌ها توانسته است سایر متغیرهای مخدوش‌کننده مورد بررسی را در سه گروه به‌طور یکسان توزیع نماید. همچنین بر اساس نتایج آزمون کروسکال والیس، قبل از مداخله میانگین نمرات خودکارآمدی در گروه مشاوره حضوری  $12/4 \pm 70$ ، در گروه حمایت تلفنی  $11/50 \pm 65/6$  و در گروه کنترل  $10/93 \pm 58/50$  بود که سه گروه اختلاف آماری معناداری نداشتند ( $p=0/1$ ).

جدول ۳- مقایسه میانگین نمره خودکارآمدی واحدهای پژوهش قبل و بعد از مداخله بین هر سه گروه

گروه	مشاوره حضوری (۵۷ نفر)	حمایت تلفنی (۵۲ نفر)	کنترل (۵۴ نفر)	سطح معنی‌داری*
متغیر	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار	
نمره خودکارآمدی قبل از مداخله	$70 \pm 12/4$	$65/6 \pm 11/50$	$58/50 \pm 10/93$	۰/۰۰۱
نمره خودکارآمدی بعد از مداخله	$97/2 \pm 29/55$	$77/6 \pm 23/52$	$61/29 \pm 15/53$	۰/۰۰۲
تغییرات نمره خودکارآمدی	$27/18 \pm 26/13$	$11/99 \pm 21/35$	$2/8 \pm 14/97$	
سطح معنی‌داری	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۵۷	

\*آزمون ویلکاکسون

گروه‌ها متفاوت بود، از میانگین لگاریتم اختلاف نمرات خودکارآمدی بر پایه عدد نپین استفاده شد و سپس به مقایسه گروه‌ها پرداخته شد. بر اساس نتایج رگرسیون

با توجه به اینکه توزیع تغییر نمرات خودکارآمدی نرمال نبود، برای انجام رگرسیون خطی و همچنین جهت کنترل متغیرهای سطح تحصیلات زن و همسر که بین

خطی، ضمن کنترل متغیرهای سطح تحصیلات زن و همسر، گروه‌ها از نظر نمره خودکارآمدی تفاوت

معنی‌داری داشتند (گروه مشاوره حضوری  $p=0/001$  و گروه حمایت تلفنی  $p=0/008$ ) (جدول ۴).

جدول ۴- ضرایب رگرسیون خطی متغیر خودکارآمدی با کنترل متغیر سطح تحصیلات و تحصیلات همسر

معنی‌داری	T آماره	ضرایب استاندارد		ضرایب غیر استاندارد		ضرایب متغیر
		ضریب بتا	خطای استاندارد میانگین	ضریب بتا	خطای استاندارد میانگین	
۰	۷/۶۲۳			۰/۳۴۵		ضریب ثابت
۰/۱۵۰	-۱/۴۵۱	-۰/۱۷۵		۰/۱۰۹		تحصیلات
۰/۵۷۵	۰/۵۶۳	۰/۰۶۶		۰/۱۰۶		تحصیلات همسر
۰/۰۰۱	۳/۴۳۲	۰/۴۳۰		۰/۲۷۹		مشاوره حضوری
۰/۰۰۸	۰/۲۲۸	۰/۰۲۷		۰/۱۳۸		حمایت تلفنی

برای گروه‌ها، گروه کنترل پایه در نظر گرفته شده است.

### بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که ارتقاء آگاهی زنان باردار از طریق مشاوره حضوری و حمایت تلفنی باعث افزایش خودکارآمدی زایمان زنان باردار می‌شود. در مطالعه حمزه‌خانی و همکاران (۲۰۱۴) خودکارآمدی زنان باردار شرکت‌کننده در برنامه آموزشی رایانه‌ای به‌طور معنی‌داری افزایش یافت (۶) که با نتایج مطالعات دیگر دال بر ارتقاء خودکارآمدی در زنان باردار به‌دنبال برنامه‌های آموزشی زایمان و بارداری، هم‌خوانی داشت (۱، ۹، ۲۰).

مطالعه هاوهارن (۲۰۰۸) نشان داد که دانش، موجب افزایش خودکارآمدی از طریق کاهش ترس و ارتقاء کنترل درد می‌شود، بنابراین برنامه آموزشی می‌تواند در افزایش سطح آگاهی و دانش زنان باردار در مورد زایمان، رفتارهای سازگاری با درد و ارتقاء خودکارآمدی زایمان در مواجهه با شرایط استرس‌زا زایمان مؤثر باشد (۲۱).

نتایج مطالعه بریکسوال و همکاران (۲۰۱۶) نشان داد افرادی که آموزش‌های قبل از زایمان می‌بینند، نسبت به گروه شاهد خودکارآمدی بالاتر و ترس از زایمان کمتری دارند (۲۲) که با نتایج مطالعه حاضر مطابقت داشت و یکی از دلایل این همخوانی، شباهت تعداد جلسات و محتوای مطالب ارائه شده به شرکت‌کنندگان در پژوهش است.

در مطالعه خایکین و همکاران (۲۰۱۶) پس از انجام مداخله آموزشی میانگین نمره خودکارآمدی بین دو گروه مداخله و کنترل تفاوتی نداشت و نتایج برای متغیر

خودکارآمدی معنادار نبود (۲۳). در مطالعه خایکین و همکاران (۲۰۱۶)، مداخله در هفته ۳۷-۳۳ بارداری و در مطالعه حاضر مداخله در هفته ۳۲-۲۰ بارداری انجام شد که این تناقض در نتایج می‌تواند به‌دلیل تفاوت در زمان انجام مداخله باشد.

در نتایج مطالعه حاضر، آموزش غیرمستقیم و حمایت تلفنی نیز دال بر اثربخشی این روش در افزایش خودکارآمدی زنان باردار بود. در مطالعه کورمیک و همکاران (۲۰۱۲) که بر روی ۱۴۷ زن باردار ۱۸ سال به بالا انجام دادند، ۹۶٪ افراد پژوهش ترجیح می‌دادند اطلاعات مورد نیاز بارداری خود را از طریق پیامک و تلفن همراه دریافت کنند (۲۴).

مدانلو و همکاران (۲۰۱۴) نیز آموزش و پیگیری از طریق ارسال پیامک را بر خودکارآمدی بیماران تحت دیالیز ارزیابی و دریافتند در بیماران با دیالیز، آموزش از طریق پیامک، در ارتقاء خودکارآمدی مؤثر است (۲۵).

هم‌سویی نتایج مطالعه حاضر با مطالعات ذکر شده، با وجود گروه‌های هدف متفاوت، می‌تواند نتیجه به‌دست‌آمده را قابل قبول‌تر نموده و مبین کارایی آموزش و حمایت از راه تلفنی نیز باشد.

در این مطالعه در تقسیم نمونه‌ها در سه گروه، سطح تحصیلات در گروه مشاوره حضوری بالاتر بود و تعداد بیشتری از افراد این گروه دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. این اختلاف بین سه گروه از نظر آماری معنادار بود، اگرچه نتایج پیش‌آزمون مبین عدم اختلاف معنادار بین نمرات خودکارآمدی در سه گروه قبل از آغاز مطالعه بود که این مورد می‌تواند از محدودیت‌های این مطالعه

## نتیجه گیری

آموزش‌های دوران بارداری باعث افزایش معنی‌دار در میانگین نمره خودکارآمدی زنان در زایمان در هر دو گروه مداخله نسبت به گروه کنترل گردید. پس از مداخله میانگین نمره خودکارآمدی در گروه مشاوره حضوری بیشتر از حمایت تلفنی افزایش یافت.

## تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی به شماره ۸۳۴۸، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان می‌باشد. بدین‌وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان که حمایت مالی این طرح را بر عهده گرفتند و تمامی مادران بارداری که در این مطالعه شرکت داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تلقی شود و پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آینده از روش‌های دیگری نظیر همسان‌سازی نمونه‌ها در گروه‌های مداخله و کنترل استفاده شود.

از نقاط قوت مطالعه حاضر، بکارگیری روش غیرحضوری حمایت و آموزش‌های متناسب با سن بارداری در افزایش خودکارآمدی زایمان برای اولین بار در استان بود. با توجه به نتایج این مطالعه پیشنهاد می‌شود جلسات مشاوره و آموزش در دوران بارداری به‌طور معمول در حین مراقبت‌های بارداری برگزار شود و از روش حمایت تلفنی و آموزش از راه دور نیز به‌عنوان یک روش کارا در کنار سایر روش‌های آموزشی دوران بارداری برای مادرانی که امکان مراجعه حضوری ندارند، استفاده شود تا ضمن افزایش سطح دانش، آگاهی و خودکارآمدی مادران باردار، حمایت روحی لازم نیز از آنان به‌عمل آید و جهت توسعه آن، برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری لازم انجام گردد.

## منابع

1. Serçekuş P, Başkale H. Effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and parental attachment. *Midwifery* 2016; 34:166-72.
2. Gao LL, Ip WY, Sun K. Validation of the short form of the chinese childbirth self-efficacy inventory in Mainland China. *Res Nurs Health* 2011; 34(1):49-59.
3. Amidimazaheeri M, Amiri M, Khorsandi M, Hasanzadeh A, Taheri Z. Does maternal education can reduce the cesarean section? *Payesh* 2015; 14(5):577-86. (Persian).
4. Khorsandi M, Aaghari Jafarabadi M, Jahani F, Rafiei M. Cultural adaptation and psychometric testing of the short form of Iranian childbirth self efficacy inventory. *Iran Red Crescent Med J* 2013; 15(11):e11741.
5. Khorsandi M, Ghofranipour F, Heidarnia A, Fagheizade S, Akbarzadeh A, Vafaei M. Evaluation of perceived self-efficacy labor in pregnant women. *J Med Council Iran* 2008; 26(1):89-95. (Persian).
6. Hamzekhani M, Hamidzadeh A, Vasegh RS, Montazeri A. Effect of computerized educational program on self-efficacy of pregnant women to cope with childbirth. *Knowl Health* 2014; 9(1):13-20. (Persian).
7. Siegel RS, Brandon AR. Adolescents, pregnancy, and mental health. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2014; 27(3):138-50.
8. Najafi F, Abouzari-Gazafroodi K, Jafarzadeh-Kenarsari F, Rahnama P, Gholami Chaboki B. Relationship between attendance at childbirth preparation classes and fear of childbirth and type of delivery. *Hayat* 2016; 21(4):30-40. (Persian).
9. Ghazaie M, Davoodi I, Neysi A, Mehrabizadeh Honarmand M, Bassak Nejad S. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on fear of childbirth, fear of pain, self-efficacy of childbirth and tendency to caesarean in nulliparous women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2016; 19(31):1-2. (Persian).
10. Haghani F, Shahidi S, Manoochehri F, Kalantari B, Ghasemi G. The effect of distance learning via sms on knowledge & satisfaction of pregnant women. *Iran J Med Educ* 2016; 16:43-52.
11. Delaram M, Soltanpour F. The effect of counseling in third trimester on anxiety of nulliparous women at the time of admission for labor. *Zahedan J Res Med Sci* 2012; 14(2):61-5.
12. Esfandyari Nejad P, Nezamivand Chegini S, Najari S, Yaralizadeh M, Afshari P, Beiranvand S. A survey on the compatibility of prenatal care offered at the second and third trimester of pregnancy with standard guidelines of country in Ahvaz health care centers, 2012. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2016; 19(19):1-4. (Persian).
13. Dennis CL, Kingston D. A systematic review of telephone support for women during pregnancy and the early postpartum period. *J Obstet Gynecol Neonat Nurs* 2008; 37(3):301-14.
14. Franek J. Home telehealth for patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): an evidence-based analysis. *Ont Health Technol Assess Ser* 2012; 12(11):1-58.



15. Abedian Z, Abbaszadeh N, Latifnejad Roudsari R, Shakeri MT. The effect of telephone support on the severity of nausea and vomiting in the first trimester of pregnancy in the primiparous women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2014; 17(118):18-29. (Persian).
16. Thompson T, Arthur D, Boxer R. A model for telephonic medical consults: guidelines for decision-markers. *TeleHealth News* 2008. Available at: URL: [http://www.telehealthreports.com/documents/Model For telephonic Consults pdf](http://www.telehealthreports.com/documents/Model%20For%20telephonic%20Consults.pdf); 2010.
17. Stead LF, Hartmann-Boyce J, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 8:CD002850.
18. Hosseinasab SD, Taghavi S, Ahmadian S. The effectiveness of prenatal education in decreasing the childbirth pain and anxiety. *Med J Tabriz Univ Med Sci* 2009; 31(4):24-30. (Persian).
19. Khorsandi M, Ghofranipour F, Faghihzadeh S, Hidarnia A, Akbarzadeh Bagheban A, Aguilar-Vafaie ME. Iranian version of childbirth self-efficacy inventory. *J Clin Nurs* 2008; 17(21):2846-55.
20. Ip WY, Tang CS, Goggins WB. An educational intervention to improve women's ability to cope with childbirth. *J Clin Nurs* 2009; 18(15):2125-35.
21. Howharn C. Effects of childbirth preparation classes on self-efficacy in coping with labor pain in Thai primiparas. [Doctoral Dissertation]. Texas: The University of Texas at Austin; 2008.
22. Brixval CS, Axelsen SF, Thygesen LC, Due P, Koushede V. Antenatal education in small classes may increase childbirth self-efficacy: results from a Danish randomised trial. *Sex Reprod Healthc* 2016; 10:32-4.
23. Khaikin R, Marcus Y, Kelishek S, Balik C. The effect of childbirth preparation courses on anxiety and self-efficacy in coping with childbirth. *Clin Nurs Stud* 2016; 4(3):39.
24. Cormick G, Kim NA, Rodgers A, Gibbons L, Buekens PM, Belizán JM, et al. Interest of pregnant women in the use of SMS (short message service) text messages for the improvement of perinatal and postnatal care. *Reprod Health* 2012; 9(1):9.
25. Modanloo S, Zolfaghari M, Dehghankar L, Mohammadi Y, Mohammadkhani Ghiasvand A. Assessment the effect of small message service (SMS) follow up on self-efficacy in dialysis patients. *Iran J Nurs Res* 2014; 8(4):61-71.
- 26.